

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1969

N°

THESE

411

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

LAMOUCSSIERE née THOMAS, Micheline

Née le 6 Octobre 1935 à POITIERS (Vienne)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

ÉTUDE THÉRAPEUTIQUE

de

L'IMMUNOGÈNE DIALYSABLE

obtenu à partir de

L'EXPECTORATION DE L'ASTHMATIQUE

PRÉSIDENT : MONSIEUR LE PROFESSEUR R. WOLFROMM

ROGER VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS XIV^e

T H E S E

P O U R L E

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

P A R

L A M O U S S I E R E née T H O M A S , M i c h e l i n e

Née le 6 Octobre 1935 à POITIERS (Vienne)

P R É S E N T É E E T S O U T E N U E P U B L I Q U E M E N T L E :

É T U D E T H É R A P E U T I Q U E

d e

L ' I M M U N O G È N E D I A L Y S A B L E

obtenu à partir de

L ' E X P E C T O R A T I O N D E L ' A S T H M A T I Q U E

P R É S I D E N T : M O N S I E U R L E P R O F E S S E U R R . W O L F R O M M



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Coste (F.), Debré (R.), Dechaume (M.), Gailliard (H.), Gaudard d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lacomme (M.), Lamy (M.), Laroche (G.), Lelong (M.), Lévy (M^{lle} J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Maduro (R.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouquet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Turpin (R.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET

1^{er} ASSESSEUR Daniel BARGETON

2^e ASSESSEUR Jean GOSSET

A. — CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
à titre personnel	CABROL (Ch.)
— —	OLIVIER (G.)
Anatomie et Cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
à titre personnel	NEZELOF (Ch.)
— —	ORCEL (L.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
— —	DESGREZ (P.)
— —	OLONOVSKI (J.)
Chimie Pathologique	SCHAPIRA (G.)
à titre personnel	CARTIER (P.)
— —	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale (à titre personnel)	BOURLIÈRE (F.)
— —	HARTMANN (L.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
— —	DJOURNO (A.)
— —	DOGNON (A.)
à titre personnel	KELLERSHOHN (L.)
— —	GOUGEROT (L.)
— —	ROUCAYROL (J.-Cl.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histologie et Embryologie	COUJARD (R.)
— —	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
à titre personnel	RACADOT (J.)
Microbiologie	FASQUELLE (R.)
Bactériologie et Virologie	TOURNIER (P.)
à titre personnel	BARBIER (P.)

	MM.
Parasitologie.	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
à titre personnel	LÉPER (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	MALMEJAC (J.)
—	PARROT (J.)
à titre personnel	DEJOURS (P.)
Physiologie et biologie appliquée aux sports	SCHERRER (J.)

B. — CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

1^o MÉDECINE

Biologie médicale.	FAUVERT (R.)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	COURY (Ch.)
Hygiène et Médecine préventive.	BOYER (J.)
Médecine du Travail.	DESOILLE (H.)
Médecine légale, droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Pathologie exotique.	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie médicale.	BUGE (A.)
— —	BRICAIRE (H.)
— —	CORNET (A.)
— —	HOUSSET (E.)
— —	LAROCHE (Cl.)
à titre personnel	AZERAD (E.)
— —	BOUR (H.)
— —	BROCARD (H.)
— —	CAROLI (J.)
— —	FACQUET (J.)
— —	LAMBLING (A.)
— —	LAUNAY (Cl.)
— —	PAYET (M.)
— —	PERRAULT (M.)
— —	SIGUIER (F.)
— —	WORMS (R.)
— —	BOUVIER (J.)
Pathologie respiratoire.	TURIAF (J.)
Pathologie et Thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée.	MARCHE (J.)

Chaires de Cliniques :

Clinique cardiologique (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
— — (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)

	MM.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)	
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)	
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)	
à titre personnel	BASTIN (R.)	
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)	
à titre personnel (neuro-psychiatrie).	PICHOT (P.)	
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)	
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)	
à titre personnel	LHERMITTE (F.)	
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)	
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)	
à titre personnel (hématologie)	ANDRÉ (R.)	
— — —	BOUSSER (J.)	
— — —	DREYFUS (B.)	
Cliniques médicales	Bicêtre.	DEPARIS (M.)
	Broussais.	MILLIEZ (P.)
	Cochin.	PÉQUIGNOT (H.)
	Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
	Pitié.	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine.	BOUDIN (G.)
	—	CONTE (M.)
—	KOURILSKY (R.)	
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)	
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)	
Clinique et Séméiologie médicales (Antoine-Chantin).	DOMART (A.)	
Séméiologie médicale (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)	
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)	
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)	
Clinique d'Hydrologie et de Climatologie (Bichat).	DEBRAY (Ch.)	
à titre personnel	GIBERTON (A.)	
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu).	DEROT (M.)	
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)	
à titre personnel	RICHEY (G.)	
— —	CROSNIER (J.)	
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	ROYER (P.)	
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades).	MOZZICONACCI (P.)	
Clinique médicale infantile et de pédiatrie sociale (Enfants-Malades).	MARIE (J.)	
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	BRISSAUD (H.)	
à titre personnel	LESOBRE (R.)	
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)	

MM.

Hygiène et Clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
à titre personnel	POLONOVSKI (Cl.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
à titre personnel	KREIS (B.)
— —	MEYER (A.)
Clinique de rééducation motrice	GROSSIORD (A.)
Electroradiologie	LEDOUX-LEBARD (M.)
—	LEFEBVRE (J.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
à titre personnel	FISCHGOLD (H.)
— —	TUBIANA (M.)
— —	CHERIGIE (E.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	DELBARRE (F.)
Clinique rhumatologique (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Clinique toxicologique (Fernand-Widal)	GAULTIER (M.)

2° CHIRURGIE

Anesthésiologie	VOURCH (G.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
— —	KUSS (R.)
— —	N...
à titre personnel	RAMADIER (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	MORIN (P.)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale	MONSAINGEON (A.)

Chaires de Cliniques :

Clinique carcinologique (Gustave-Roussy)	DENOIX (P.)	
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)	
à titre personnel	BRÉHANT (J.)	
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	BAUMANN (J.)
	Cochin	LÉGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)

	MM.
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Sémiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)
— — — (Saint-Louis)	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
— — — — (Foch)	PADOVANI (P.)
— — — — (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique traumatologique et orthopédique (Raymond-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
à titre personnel	CHIGOT (P.-L.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J.)
à titre personnel	GAUDART D'ALLAINES (Cl. de)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUQUIER (J.)
Clinique obstétricale (Baudelocque)	LEPAGE (F.)
— — (Saint-Antoine)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
à titre personnel	LEBEAU (J.)
Clinique ophtalmologique (Cochin)	BRÉGEAT (P.)
— — (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	GERNEA (P.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)

C. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.		MM.
Anatomie	GILLOT (Cl.)	Médecine générale	AUSSANNAIRE (M.)
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)	Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Bactériologie	LE MINOR (L.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Biochimie médicale	{ CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)	Physique médicale	{ COURSAGET (J.) GREMY (F.) PELLERIN (P.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)	Physiologie	{ DURAND (J.) GIRARD (Fr.) HUGELIN (A.)
Hématologie	{ BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (B.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)
Hygiène	{ BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.)	Pharmacologie	SCHMITT (H.)
Médecine légale	{ CECAL P. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.)		

D. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

MM.

Pathologie chirurgicale RUDLER (J.) Pr. s. ch.

E. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologie SCHWARTZ (D.)
Néphrologie MAXWELL (M.)

Secrétaire général de la Faculté M. LENA (J.)
Conseiller administratif Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque.
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine. } M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs. } Mme FORGET (F.),
Miles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires } Mmes CONTET (J.),
Miles DUROZOV (M.-F.), ROBERGE (D.),
LE QUANG LINH (G.), REUGE (M.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ATTENTION

Ne pas omettre, dans chaque exemplaire de thèse, l'impression, après les conclusions, du **permis d'imprimer**. Le dépôt des **105** exemplaires (formats in-8° imprimé ou in-4° dactylographié) est effectué à la Bibliothèque qui en délivre reçu autorisant la consignation pour l'examen.

Les thèses, exceptionnellement dactylographiées en **6** exemplaires (dépôt provisoire sous réserve de l'impression ultérieure avant remise du diplôme de doctorat) ou en **105** exemplaires (dépôt définitif), doivent être de format in-4°, agrafées, paginées, recouvertes d'une chemise et comporter la même présentation. (Circulaires ministérielles du 5-1-1943 et du 23-7-1952).

Les exemplaires non conformes **ne sont pas admis** au dépôt.

MEIS ET AMICIS .

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur R. W O L F R O M M

Professeur de Sémiologie médicale

(Hôpital ROTHSCHILD)

à la Faculté de Médecine de PARIS

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de
notre respectueuse gratitude .

A Monsieur le Professeur H. T H I E R S

Professeur de Clinique de Dermatologie
Syphiligraphie et Allergologie à la
Faculté de Médecine de LYON ,

Médecin des Hôpitaux de LYON

Après nous avoir accueillie avec la plus grande
bienveillance et dirigée dans nos études
de Dermatologie, il a bien voulu nous
confier ce travail et le guider,

Nous espérons ne pas l'avoir déçu .

Qu'il nous soit permis de lui témoigner notre vive
reconnaissance et l'assurer de notre respectueux
attachement .

Nous tenons à remercier tout particulièrement
Ceux qui, des Hôpitaux Lyonnais, nous ont
accueillie aimablement dans leur Service
et ont bien voulu guider ce travail :

Monsieur le Professeur C. OLLAGNIER

et

Madame le Docteur C. VALLON

Madame P. D I V R Y,

Docteur en Pharmacie .

INTRODUCTION

L'asthme peut être défini comme un syndrome fait de paroxysmes spontanés de dyspnée bronchique sibillante à type de bradypnée expiratoire, survenant le plus fréquemment le soir et la nuit, en dehors de tout effort, souvent déclenchés par une cause occasionnelle ou provoqués par le contact avec un allergène.

" Ce syndrome, à la physionomie clinique bien tranchée, répond à un mécanisme physiopathologique défini : une obstruction diffuse réversible des petites bronches par une association en proportion variable d'œdèmes, de spasme et d'hypersecretion. "

TROUSSEAU pouvait dire que l'asthme était une maladie de la vie toute entière. Actuellement, les possibilités thérapeutiques sont telles qu'il est légitime et nécessaire de lutter contre ce caractère classique de chronicité en essayant toutefois de ne pas ouvrir la voie à la pathologie iatrogène.

Le traitement idéal se propose d'agir aux trois niveaux suivants : l'infection, la participation psychique, la sensibilisation aux allergènes.

1.- LA LUTTE CONTRE L'INFECTION

- 1.- fait appel aux antibiotiques (cyclines) en cure prolongée, tout l'hiver parfois et ajustées non pas sur l'antibiogramme mais sur la courbe de température. Ils encadrent tout acte thérapeutique.
- 2.- Elle s'aide des vaccins, pratiqués avant la mauvaise saison. Le C.C.B. et le strepto A. sont les plus utilisés et peuvent se faire :

- soit de type immunitaire,

- soit de type allergologique, ce qui présente l'intérêt de ne pas provoquer de réaction générale ou syndromique.

3.- Le changement de climat : la semi-altitude peut être bénéfique.

2.- LA PSYCHOTHÉRAPIE

Elle détient une place importante.

Elle soutient le malade dans ses relations avec le thérapeute qui s'aide d'une chimiothérapie prolongée. Les sédatifs sont utilisés de même que les tranquillisants ou les thymoanaleptiques à l'exclusion des IMAO.

Parfois, l'apport du psychiatre d'information est nécessaire, voire complétée de psychanalyse.

Enfin, les moyens physiques, tels que le yoga, la gymnastique, la relaxation ne sont pas à négliger .

3.- LE TRAITEMENT ALLERGOLOGIQUE

Se fait après un bilan réalisé au moyen de tests cutanés (cuti ou intradermoréaction) et de tests de provocation.

On estime bon un rapport allergénique DLAC/DL allergène égal à 0.50. La valeur de ce rapport permet de choisir les doses de début de la désensibilisation spécifique . Celle-ci doit commencer par l'allergène principal, ne concerner que lui pour cette première série d'injections et être poursuivie jusqu'à la guérison qui se produit dans 50 % des cas environ .

Mais dans 25 % des cas, il s'agit seulement d'une amélioration et dans 25 % des cas c'est un échec.

La désensibilisation spécifique, quand elle est efficace, est cependant une méthode longue, astreignante .

Quand elle aboutit à un échec, il ne reste plus au malade que le recours aux sympathicomimétiques et à la corticothérapie.

Les problèmes posés par l'usage de ces deux sortes de médicaments ne sont pas simples, surtout en ce qui concerne les corticoïdes.

En effet, il ne faudrait pas omettre de signaler :

- d'une part, que la grande majorité des sevrages cortisoni-ques (toujours très étalés dans le temps) aboutit à un échec .
- d'autre part, les risques que comporte cette thérapeutique au long cours, quand on sait qu'il n'y a pas d'asthma-tique traité aux corticoïdes depuis vingt ans qui soit encore en vie .

Il nous a semblé utile de rechercher un autre traite-ment et nous avons émis l'hypothèse suivante : l'asthmatic en crise éliminerait par son expectoration une substance dont la pro-priété biologique serait précisément de provoquer le paroxysme dys-pnéique. Il pourrait être utilisé pour la préparation d'un "vaccin".

Nous étudierons successivement :

- le choix du malade,
- le traitement par cette substance,
- les résultats et leur interprétation .

— CHAPITRE I —

LE CHOIX DU MALADE

Nous rapportons les observations de 55 malades .

Les premiers ont été traités en 1965, nous bénéficions donc, dans les cas les plus anciens, d'un recul de trois ans .

Chacun d'eux a fait l'objet d'un bilan clinique et paraclinique.

1.- BILAN CLINIQUE

- 1.- LES MALADES TRAITES sont tous des adultes, dont l'âge s'échelonne de 21 à 71 ans, le plus souvent entre 25 et 65 ans, avec deux maximum vers 40 et 60 ans.

Pour ces 55 malades, nous comptons 31 femmes pour 24 hommes .

- 2.- LES ANTECEDENTS méritent plus d'attention .

- a.- les antécédents familiaux :

Si les statistiques mondiales font état de 50 à 70 % d'antécédents familiaux, il ressort de cette courte étude que 4 hommes et 8 femmes, soit 12 malades sur 55, accusent une hérédité asthmatique et 2 une hérédité allergique reconnue (eczéma).

- b.- les antécédents person. ls se répartissent ainsi :

- 1.- dans la série allergique :

un coryza,
quatre urticaires et oedème de QUINCKE,
deux migraines apparemment inexpliquées.

2.- trois cas d'obésité

3.- affections gynécologiques :

deux interventions chirurgicales :

- . mastectomie,
- . hystérectomie.

Les grossesses ont aggravé l'état de trois malades et amélioré celui d'une autre .

4.- les affections pulmonaires :

- . 5 tuberculoses pulmonaires guéries,
- . 1 congestion pulmonaire,
- . 1 bulle géante d'emphysème opérée,
- . 1 dilatation des bronches .

L'asthme est apparu six fois après des épisodes de bronchite aiguë, cependant qu'une bronchite chronique est retrouvée dans six cas . Nous verrons dans un autre chapitre les observations où les facteurs bronchiques s'intriquent à l'asthme évolué en en déclenchant les crises et le compliquant .

3.- L'ANCIENNETE DE L'AFFECTION :

varie de quelques mois à plus de 40 ans, avec une fréquence moyenne de 5 à 10 ans .

Nous avons relevé en effet :

- 3 cas de moins d'un an,
- 20 cas de 1 à 5 ans,
- 11 cas de 6 à 10 ans,
- 4 cas de 11 à 15 ans,
- 5 cas de 16 à 20 ans,
- 1 cas de 21 à 25 ans,
- 11 cas de plus de 25 ans .

4.- LE TYPE DE L'ASTHME :

La détermination du type de l'asthme a fait ressortir :

- a.- 21 asthmes purs, soit 38 % . Les crises en étaient plus ou moins espacées, volontiers nocturnes mais à inter - crise absolument libre sur le plan clinique et fonctionnel .

Ces asthmes purs avaient, soit des crises épisodiques, volontiers déclenchées lors des épisodes infectieux trachéo-bronchiques saisonniers, soit des crises survenant régulièrement au travail : c'est le cas d'un de nos malades, allergique à la poussière de son atelier, et d'un autre, coiffeur, allergique aux teintures et aux laques qu'il manipulait.

- b.- dans 31 autres cas, soit 56 %, il s'agissait d'asthmes reproduisant le tableau de l'asthme intriqué. Ce sont des malades qui ont eu souvent, des années auparavant, une maladie asthmatique pure, remontant parfois même à l'enfance, avec souvent des antécédents familiaux chargés dans le sens allergique .

Plus rarement, il s'agissait de bronchitiques chroniques anciens, ayant eu secondairement des crises d'asthme vrai. L'intrication est complexe avec facteurs infectieux, psychiques, thérapeutiques.

- c.- 3 cas enfin se situent aux frontières de la maladie asthmatique . Il s'agissait d'insuffisance respiratoire chronique sévère de la cinquantaine dans laquelle le facteur asthmatique pouvait être évoqué, soit sur la notion d'épisode dyspnéique paroxystique dans les antécédents, soit sur l'existence de tests très positifs à l'aleudrine en dehors des épisodes infectieux, soit enfin sur la sensibilité particulière de cette insuffisance respiratoire aux bronchodilatateurs et aux corticoïdes .

2.- BILAN PARACLINIQUE

Il s'est appuyé sur l'exploration fonctionnelle respiratoire et les tests allergologiques .

1.- L' EXPLORATION FONCTIONNELLE

Elle a été pratiquée chez 40 malades .

a.- Nous avons eu recours :

1.- à l'enregistrement spirométrique avec mesure de la capacité vitale, et du VEMS, et de la détermination du rapport de TIFFENEAU : VEMS/CV.

2.- En cas de déficit obstructif, nous y avons adjoint le test pharmacodynamique à l'aleudrine à 1 %.

b.- Ces explorations fonctionnelles ont objectivé , à l'entrée du malade :

1.- un abaissement du TIFFENEAU dans les limites suivantes :

- 2 ne dépassaient pas 30 % de la valeur théorique,
- 18 se situaient entre 30 et 50 %,
- 20 entre 50 et 70 %.

2.- l'épreuve à l'aleudrine a confirmé la réversibilité du syndrome obstructif dans 19 cas .

Dans les trois cas frontières, le syndrome obstructif sévère a été nettement récupérable deux fois et le test s'est révélé négatif dans l'autre cas .

2.- LE BILAN ALLERGOLOGIQUE

Il fut pratiqué au moyen des tests cutanés classiques cuti et intradermoréaction pour les pneumallergènes habituels .

La sensibilisation aux allergènes professionnels a été éventuellement étudiée par les tests cutanés et la réaction de SHELLEY.

La fréquence des asthmes allergiques varie avec les auteurs de 60 à 80 % des cas .

Sur nos 46 bilans pratiqués :

- 3 furent négatifs,
- 14 ont montré une polysensibilisation,
 - . poussières de maison, plumes, C.C.B., pollens ;
 - . poussières de maison, plumes, épidermophyton, CCB .

- Dans deux cas, une sensibilisation professionnelle a été mise en évidence, dont l'une, considérable, chez un coiffeur avec SHELLEY extrêmement positif au groupe des paratoluyène diamines.

- 27 avaient une sensibilisation à 1 ou 2 allergènes précis, le plus souvent la poussière de maison. 23 d'entre eux avaient fait l'objet d'une désensibilisation spécifique à ces allergènes. Devant l'échec de cette thérapeutique, ils ont été choisis pour le traitement à partir du dialysat de leurs crachats .

3.- LE PASSÉ THERAPEUTIQUE

Le passé thérapeutique de ces malades est en général très riche puisque nous avons vu l'importance des asthmes déjà anciens et des échecs de désensibilisations .

C'est dire que ces malades ont usé et abusé lors de leurs crises successives de médicaments susceptibles de les soulager transitoirement : Bronchodilatateurs, sympathicomimétiques (Dans notre Observation N°3, le malade était drogué à l'adrénaline en inhalations depuis l'âge de 7 ans et en avait 41).

Dans de nombreux cas, ils avaient subi des traitements à visée désensibilisante non spécifique, de type histaglobine . Ils avaient tous reçu des antihistaminiques et parfois de la pyrétothérapie.

La presque totalité de ces malades ont reçu de la Cortisone et 33 étaient corticodépendants, avec une corticodépendance élevée (équivalence moyenne de 20 mg d'hydrocortisone). Des cures d'A.C.T.H. ont été utilisées de façon habituelle dans 5 cas.

Il faut noter à ce sujet que plusieurs malades avaient des signes graves de rétention hydrique . Deux avaient un faciès cushingoïde . Enfin, l'un avait un diabète stéroïde et des affections staphylococciques à répétition, l'autre a présenté un ulcère hémorragique au cours de ce traitement. Nous ne compterons pas les incidents digestifs mineurs .

En résumé, tous ces malades avaient en commun plusieurs points :

- la gravité de l'état fonctionnel au début du traitement ayant nécessité à de nombreuses reprises des séjours hospitaliers ;
 - l'âge moyen de l'asthme ;
 - le passé thérapeutique chargé . C'est ce facteur qui nous a conduit à essayer un autre traitement : celui du dialysat préparé à partir de leurs propres sécrétions bronchiques .
-

— CHAPITRE II —

TRAITEMENT
PAR LE
DIALYSAT D'EXPECTORATION

Nous nous proposons d'étudier dans ce chapitre :

- le dialysat d'expectoration ,
- la sensibilité de l'asthmatique à
ce réactogène,
- la conduite de ce traitement original .

1.- ETUDE DU

DIALYSAT D'EXPECTORATION LUI-MEME

1.- SA NATURE

La substance réactogène est contenue dans le dialysat de l'expectoration de l'asthmatique en crise. Elle est donc micromoléculaire . Ce qui est confirmé, en outre, par son caractère ultrafiltrable .

2.- SA PRÉPARATION

Elle est simple.

On utilise les crachats d'un paroxysme dyspnéique auxquels on ajoute du sérum physiologique stérile pour obtenir une dilution au 1/3 (soit en général 10 ml et 30 ml pour un volume total de 40 ml.) Une goutte de chloroforme est ajoutée dans un but antiseptique .

Puis on fait intervenir une homogénéisation d'une minute à l'homogénéisateur BIOREX tournant à la vitesse maxima soit 140.000 tours/mn.

La suspension est alors divisée en deux parties égales :

- 1.- L'une est dialysée 48 heures contre une quantité égale d'eau bidistillée, sans pyrogène et chloroformée. On emploie pour ce faire un tube de cellophane (épuration rénale). Ce dialysat est la solution A.
- 2.- La solution B est obtenue ainsi : on soumet l'autre moitié de la suspension à l'action d'une hydrolyse très légère ou "mordançage". Celle-ci se fait par adjonction d'un volume égal d'HCl N. La température de 37° est maintenue 30 minutes grâce à un bain-marie. On neutralise aussitôt avec NaOH 2N. (2N pour éviter une trop forte dilution). La neutralité du pH est vérifiée à l'aide d'un papier réactif. On dialyse cette solution neutralisée pendant 48 heures contre une quantité égale d'eau bidistillée sans pyrogène et chloroformée en utilisant ici encore un tube de cellophane.

3.- SA PRÉSENTATION

"Le vaccin" est mis en ampoules de 2 cc après dilution au titre choisi par l'intradermoréaction. On ne stérilise pas les ampoules que l'on vérifie stériles.

Au début de l'expérimentation, les deux solutions A et B furent employées. Devant la plus grande efficacité de la solution B, celle-ci est seule retenue et préparée .

4.- SA TOXICITÉ CHEZ L'ANIMAL

- 1.- Le dialysat d'expectoration d'asthmatique ne possède pas de nocivité primaire :

son injection au cobaye neuf de même que son inhalation par ce même animal sont sans effet .

- 2.- la substance efficace ne sensibilise pas le cobaye :

a.- absence de choc après réinjection .

b.- caractère négatif de l'intradermeinjection.

c.- absence de crise dyspnéique après inhalation
d'un aérosol par le cobaye préparé .

3.- Cependant, les cobayes préparés par injection du crachat qui fournit le dialysat (injection sans adjuvant de FREUND) peuvent présenter un choc par inhalation en aérosol de sa solution de dialysat . Le fait est inconstant. Les cas positifs sont démonstratifs : prurit, secousse de toux, miction, apparition de ronchus, hérissément du poil. Il n'a pas été observé de défécation, de collapsus, ni de mort.

Par contre, les épreuves de DALE ont été régulièrement négatives .

Ces expériences sont à reprendre, d'une part en préparant l'animal avec l'adjuvant de FREUND, d'autre part en utilisant un dialysat concentré par lyophilisation .

II.- ETUDE DE LA SENSIBILITÉ DE L'ASTHMATIQUE

I.- LA SENSIBILITÉ À SON PROPRE DIALYSAT

a.- DU POINT DE VUE CUTANÉ :

On obtient des réactions de type précoce .

Une série de cutiréactions fut pratiquée au départ pour écarter tout risque d'accident. Mais devant la tolérance parfaite, le test a été désormais effectué par intradermoréaction .

La lecture est codifiée de la manière habituelle :

+, ++, +++, selon l'intensité de la réponse : dimension de la papule, existence ou non de pseudopodes, de nécrose .

L'intensité de la réponse cutanée a guidé le choix de la dilution . Cette réponse a été positive chez 51 de nos 55 malades .

- 4 fois, elle a été négative ,
- 22 fois positive à +
- 18 fois positive à ++
- 11 fois positive à +++ dont 3 avec nécrose .

b.- LES TESTS D'INHALATION :

Nous avons tenté de mettre en évidence le caractère réactogène du dialysat par des tests de provocation par inhalation qui ont été pratiqués dans 14 cas .

Les dialysats ont été dilués au 1/1000° dans du sérum physiologique sans pyrogène et donnés en aérosols aux malades . Une mesure du VEMS a été pratiquée après chaque inhalation d'une minute de ce produit. Cette mesure a été répétée 8 fois pour chaque malade.

L'inhalation, dans les mêmes conditions, d'une solution de sérum physiologique, a servi de témoin.

Les tests n'avaient pas la prétention d'être quantitatifs et d'apporter une dose liminaire. Ils ont donné des réponses à notre avis intéressantes puisque, dans 11 cas, le déficit enregistré sur le VEMS a été supérieur à 15 % et que 6 fois il a été compris entre 20 et 30 %.

Dans deux cas, nous avons assisté à une crise d'asthme typique avec inflation du VEMS de moitié, crise provoquée dès la deuxième minute d'inhalation et nécessitant un aérosol d'aléudrine .

Nous verrons à établir un certain parallélisme entre le résultat obtenu et d'une part l'intensité des réponses cutanées, d'autre part la netteté des tests d'inhalation .

Le tableau I met en valeur la concordance entre les réponses aux tests cutanés et les tests d'inhalation qui a existé dans 12 cas sur 14.

Le déficit du VEMS est exprimé en pourcentage de la valeur obtenue avant inhalation .

N°	I D	I N H A L A T I O N		CONCORDANCE
		Sérum physio- logique	Dialysat	
5	+	- 10	- 6	+
6	++	- 53	- 50 crise	+
8	++	0	- 12	+
9	+++	- 9	- 4	0
12	+	0	0	0
27	+++	0	- 20	+
36	-	0	0	+
37	++	- 6	- 14	+
38	+++	0	- 14	+
39	+	- 4	- 29 crise	+
40	+++	- 4	- 33	+
41	+	0	- 22	+
42	+	- 28	- 22	+
44	+	0	- 16	+

T A B L E A U I

2.- LA SENSIBILITÉ DE L'ASTHMATIQUE

AU DIALYSAT D'AUTRES MALADES ASTHMATIQUES

Ceci soulève le problème de la spécificité du dialysat .

Une série de 12 intradermoréactions croisées a été pratiquée .

Dans les 7 cas où nous avons obtenu à l'intradermoréaction une réaction minime, les malades avaient une réaction le plus souvent explosive à leur propre dialysat .

Devant cette discordance entre les réponses des intradermo croisées et celles des intradermo propres à chaque sujet, il semble qu'on puisse admettre la spécificité de cette préparation : chaque individu élimine une micromolécule qui lui est propre, ce qui est contre l'hypothèse d'une activité pharmacodynamique .

R E C E V E U R		I D C R O I S E E	D O N N E U R	
N°	I D		N°	I D
8	++	0	33	+
10	+++	0	8	++
14	+	0	9	+++
16	+	+ faible	9	+++
23	+	+ faible	45	++
29	++	+ faible	50	+++
30	++	+ faible	45	++
32	++	+ faible	9	+++
34	++	0	10	+++
44	++	0	45	++
48	+++	0	50	+++
54	+	0	8	++

T A B L E A U I I

3.- DILUTION

L'intensité de la réponse à l'intradermoréaction a conditionné la dilution .

Elle a varié du 1/50° au 1/1000° .

La plupart ont été réalisées au 1/200° .

4.- NOMBRE ET RYTHME DES INJECTIONS

Les injections sous cutanées se font dans la fosse sus-épineuses à doses croissantes : 1/4, 1/2, 3/4, 1, 1 1/2, 2 cc . On poursuit à 2 cc jusqu'à un total de 30 injections .

Le rythme est de 2 à 3 par semaine au début et en milieu hospitalier, puis de 2 par semaine jusqu'à la 25ème injection, de façon ambulatoire le plus souvent . A la fin de la cure, l'injection devient hebdomadaire .

5.- NOMBRE DE CURES

Comme nous le verrons, certains malades ayant rechuté plus ou moins longtemps après leur première cure ont reçu une nouvelle série d'injections, quelquefois à une dilution moindre .

— CHAPITRE III —

LES RESULTATS
ET
LEUR INTERPRETATION

Dans le chapitre suivant, nous exposerons nos résultats et nous tenterons d'en donner ensuite une interprétation .

1.- LES CRITERES D'APPRECIATION

Nous avons été amenés à définir tout d'abord les critères d'appréciation .

I.- Nous avons retenu trois éléments objectifs :

- a.- La fréquence des crises avant et après le traitement par le dialysat.
- b.- Leur gravité : crise d'asthme plus ou moins intense, voire état de mal.
- c.- Le traitement associé surtout :

C'est ainsi que nous verrons que des malades corticodépendants ont pu être sevrés en tout ou partie de leurs corticoïdes.

Très souvent, nous avons assisté, au cours même du traitement, à une transformation des malades, ceux-ci rotant une réelle amélioration entre la 10ème et la 15ème injection, c'est-à-dire vers la fin du premier mois.

2.- Nous avons défini les résultats de la façon suivante :

- a.- Les résultats excellents : sont ceux obtenus chez des malades dont les crises ont cessé totalement et dont la corticothérapie a pu être arrêtée .
 - b.- Les bons résultats : sont ceux qui font état d'une très nette amélioration clinique chiffrée à plus de 50 % et dont la corticothérapie a pu être diminuée des deux tiers .
 - c.- Les résultats utiles sont ceux qui ne bénéficient que d'une légère amélioration chiffrée, à moins de 50 % et dont la corticothérapie a été diminuée seulement d'un tiers .
 - d.- Les échecs enfin, n'ont pas eu d'amélioration clinique et leur corticodépendance est restée inchangée .
-

II.- LES RESULTATS EUX - MÊMES

Nous avons distingué les résultats immédiats et les résultats retardés .

A.- RESULTATS IMMEDIATS

Ils ont été envisagés dans le semestre suivant le traitement et portent sur 55 observations . Ils se décomposent ainsi :

I.- ÉCHECS TOTAUX ET IMMÉDIATS

Ils sont au nombre de 6 si nous excluons les observations 5, 13, 41, correspondant à des états frontières évoluant plus le bronchoemphysème à facteur spastique que l'asthme vrai .

Dans l'analyse de ces échecs, plusieurs éléments nous ont paru entrer en jeu :

1.- Le type d'asthme

Parmi ces six malades, trois présentaient un asthme pur dont l'un avait eu pour prodrome une rhinite allergique et évolue sur un mode grave compliqué d'état de mal.

Les trois autres présentent un asthme intriqué et deux avaient un asthme à dyspnée continue .

2.- L'ancienneté

est de moins de 11 ans pour les 3/4 des cas .

3.- Le bilan clinique

fait apparaître dans deux cas un gros facteur psychique, chez 4 malades, le facteur infectieux jouait un rôle prédominant et déclenchant .

4.- Le bilan allergologique

a été négatif dans un cas et a montré une polysensibilisation dans un autre cas .

5.- Une corticodépendance

est retrouvée pour les 2/3 de ces malades .

6.- Le type de traitement par le dialysat

Celui-ci fut administré deux fois au 1/500° et 4 fois au 1/200° . Le nombre d'injections a varié de 22 à 30.

7.- Le tableau N°3 résume ces observations .

LES ECHECS

N°	ANCIENNETE	ANTECEDENTS	TYPE D' ASTHME	CONTEXTE : FACTEURS	BILAN ALLERCOLOGIQUE	DESENSIBILISATION	CORTICO DEPENDANCE	DILUTION	TRAITEMENT ASSURE	RESULTAT
2	46 ans	Rhinite	pur	Psychiques		Echec	oui	1/500°	Cortiso- nique	Aggravat, abandon
8	10 ans		pur				oui	1/200°	Cortiso- nique	nul
11	4 ans	Bronchites	Intriqué		PM. CCB	Echec	non	1/500°	0	nul
16	5 ans		Intriqué	Climatiques	Pl. pollen de graminées		oui	1/200°	Cortiso- nique	nul
30	quelques mois	Tuberculose	pur		Polysensi- bilisat. PM.CCB +		oui	1/200°	Cortiso- nique	nul
33	6 ans	Hérédité asthmat.	Intriqué	Psychiques climat.			non	1/200°	0	nul

BRONCHOEMPHYSEME

5	10 ans		Bronchite chronique				oui	1/500°	Cottison- nique	nul
13	20 ans		Bronchite chronique				oui	1/200°	Cortison- nique	nul
41	20 ans	Hérédité asthmat.	Bronchite chronique		Négatif		oui	1/200°	Cortison- nique	Aggravat. abandon

Nous voudrions présenter maintenant quelques observations significatives :

O B S E R V A T I O N N° 41

Madame R ... S ...

Il s'agit d'une femme de 52 ans présentant un asthme depuis une vingtaine d'années, associé à une bronchite chronique . Le climat, l'habitat, la saison, influent beaucoup sur le déclenchement de ces crises qui sont à prédominance hivernale . Elle a déjà fait plusieurs états de mal sévères .

Le Bilan fonctionnel a l'entrée a montré un V E M S à 900, un TIFFENEAU à 36 % avec test à l'aleudrine extrêmement positif : récupération de 53 % .

Le bilan allergologique a été strictement négatif .

Elle a déjà subi de nombreux traitements : broncho-dilatateurs, antihistaminiques, pyrétothérapie, saignées, corticoïdes à dose forte, cures d'ACTH très fréquentes . Tous ces traitements se sont soldés par un échec .

Nous avons donc tenté de traiter cette malade par le dialysat de ses crachats . Le dialysat B dont le test cutané était positif a été choisi à la dilution de 1/200° . Le test d'inhalation du dialysat B révélait un déficit de 22 % sur le V E M S .

L'arrêt des corticoïdes a été possible jusqu'à la 11ème injection mais la malade a fait un état de mal sévère qui a obligé à reprendre l'A.C.T.H., puis la Cortisone en interrompant le dialysat à la 18ème injection .

O B S E R V A T I O N N° 2

Monsieur C ...

Cet homme de 58 ans présente un asthme depuis l'âge de 12 ans, lui-même précédé de rhinite allergique. Des signes infectieux bronchiques sont associés et un état de mal est survenu récemment . Le rôle favorisant du facteur psychique est à noter.

Le bilan fonctionnel a montré :

- Un VEMS à 900, soit 25,3 % de la valeur théorique ,
- Un TIFFENEAU à 34 % ,
- Test à l'aleudrine très positif : + 40 % .

Le bilan allergologique avait révélé une sensibilisation à la poussière de maison, aux plumes et au C.C.B.

Il a déjà subi de nombreux traitements, désensibilisation y compris, et il est corticodépendant .

Le traitement par le dialysat de ces crachats a été entrepris . Le test intradermique n'a été que faiblement positif au dialysat B . La dilution choisie fut 1/500° .

Malgré le traitement cortisonique associé, l'état du malade n'a cessé de s'aggraver et le traitement a été interrompu à la 22ème injection .

2.- LES RÉSULTATS IMMÉDIATS EXCELLENTS .

Ces 19 malades ont vu leurs crises disparaître totalement et ceux d'entre eux qui étaient corticodépendants ont pu abandonner complètement la cortisone .

a.- ANALYSONS CES CAS DANS LEUR CONTEXTE :

1.- Le type d'asthme

Dans 7 observations, il s'agissait d'asthme pur; dans les douze autres, l'asthme était intriqué .

2.- L'ancienneté ne nous a pas paru intervenir de façon significative .

3.- Le bilan allergologique pratiqué dans 15 cas a montré :

- . neuf polysensibilisations,
- . un bilan allergologique négatif,
- . une sensibilisation d'origine professionnelle au groupe para ,
- . quatre allergies prédominantes à la poussière de maison, aux plumes, au C.C.B.

Dans trois cas, une désensibilisation à la poussière de maison s'était soldée par un échec .

4.- Le passé thérapeutique

La corticodépendance est retrouvée dans 10 observations .

Dans 4 cas, il a été possible, au cours même du traitement, de réduire très rapidement la cortisone ainsi que les bronchodilatateurs. Les sympathicomimétiques ont pu être arrêtés .

5.- Le type de traitement par le dialysat

Celui-ci fut administré en 30 injections au total .

Les dilutions ont été les suivantes :

1 fois au 1/60°

4 fois au 1/100°

10 fois au 1/200°

4 fois au 1/500°

b.- LES RESULTATS EUX-MEMES :

Très souvent, nous avons assisté, au cours même du traitement, à une transformation des malades, ceux-ci notant une réelle amélioration entre le dixième et la quinzième injection et, pour trois d'entre eux, les crises ont cessé avant la fin du traitement .

- VOICI QUELQUES OBSERVATIONS SIGNIFICATIVES :

OBSERVATION N° 6

Monsieur M

Nous rapportons l'observation d'un coiffeur de 28 ans dont l'asthme remonte seulement à trois mois et qui présentait un eczéma professionnel.

L'interrogatoire révèle que les crises sont déclenchées lors de l'exercice de la profession, en particulier la manipulation des colorants est particulièrement mal supportée et entraîne des crises sévères, ayant abouti à plusieurs états de mal.

Le bilan allergologique a révélé une allergie assez nette à la poussière de maison au 1/50.000°, aux plumes, à la même dilution, à l'épidermophyton et au C.C.B. mais surtout le test de SHELLEY a révélé une extrême sensibilité aux teintures en particulier un "colorelle excellence" contenant des meta et des para-toluylènediamines .

Cette polysensibilisation et principalement cette allergie à des produits trop dangereux à manipuler en désensibilisation spécifique nous a conduit à essayer chez lui, alors que les crises persistaient sous corticoïdes, une thérapeutique par le dialysat de ses crachats .

Les tests cutanés en ont été extrêmement positifs, avec formation de gros pseudopodes ; quant aux tests d'inhalation le sérum physiologique a entraîné un déficit maximum de 50 % à la huitième minute sans crise d'asthme alors que le dialysat B a donné une violente crise nécessitant l'aleudrine .

30 injections du dialysat B ont été faites à la dilution au 1/500°.

Deux mois après la fin du traitement, le malade n'a plus aucune crise et se passe totalement de Cortisone, tout en ayant repris son métier ; son eczéma est également guéri .

O B S E R V A T I O N N° 18

Monsieur B ...

Cet homme de 26 ans présente depuis sept ans un asthme pur .

L'interrogatoire met en évidence une sensibilité clinique à la poussière et une incidence du facteur climatique .

Le bilan fonctionnel montre :

- un VEMS à 1050, soit 28 % de sa valeur théorique ,
- TIFFENEAU à 45,4 % avec récupération de 25 % sous aleudrine .

Le bilan allergologique objective une polysensibilisation .

Enfin, l'existence d'une corticodépendance nous a incité à lui appliquer le traitement par le dialysat .

Les tests cutanés ont été positifs (+), les tests d'inhalation n'ont pas été pratiqués .

30 injections du dialysat B ont été faites à la dilution : 1/100° .

Au cours même de la cure, les corticoïdes ont pu être arrêtées ; les crises ont cessé à la fin du traitement .

O B S E R V A T I O N N° 3 9

Madame B

Cette observation est celle d'une malade de 44 ans. Elle présentait depuis vingt ans de l'asthme avec des crises violentes déclenchées par les infections bronchiques . Elle est très sensible au climat, à l'habitat .

Son bilan allergologique n'avait montré qu'une sensibilisé très discrète à la poussière de maison au 1/50.000° . Elle est hospitalisée après un échec d'une désensibilisation spécifique poursuivie depuis un an .

Elle est corticodépendante et a subi des cures fréquentes d'ACTH.

Le dialysat B, dont la réponse cutanée est faiblement positive, est commencé à la dilution de 1/60° . Son inhalation avait entraîné un déficit de 30 % sur le VEMS et à la 7ème minute, une crise d'asthme typique nécessitait l'aleudrine .

A l'issue du traitement, le résultat a été excellent .

La malade se passe de toute thérapeutique (Cortisone, Théophylline) depuis la 10ème injection . Elle n'a plus présenté aucune crise .

3.- LES BONNS RÉSULTATS IMMÉDIATS

Pour 17 malades, l'amélioration a pu être évaluée à plus de 50 % et la corticothérapie, quand elle était nécessaire, a pu être réduite de plus de moitié .

a.- ANALYSONS CES CAS DANS LEUR CONTEXTE CLINIQUE :

1.- Le type d'asthme

Dans 10 cas, il s'agissait d'asthme pur et quatre d'entre eux avaient des crises très fréquentes .

Dans les sept autres cas, l'asthme était intriqué et deux présentaient une dyspnée continue .

2.- L'ancienneté

Elle varie de quelques mois à 40 ans .

- . 6 datent de moins de 10 ans,
- . 1 date de 17 ans,
- . 2 ont entre 20 et 30 ans d'ancienneté,
- . 4 ont plus de 30 ans d'évolution .

3.- Le bilan clinique a montré l'intervention :

- . 6 fois de facteurs infectieux,
- . 5 fois de facteurs climatiques,
- . 3 fois de facteurs psychiques,
- . 2 fois de facteurs endocriniens .

De plus, une malade présentait un syndrome d'imprégnation cortisonique majeure, deux autres une allergie à l'ACTH .

4.- Le bilan allergologique

Il a été pratiqué chez 14 malades. Il a objectivé :

- . 3 polysensibilisations,
- . 6 tests positifs à la poussière de maison,
- . 1 test positif aux pollens,
- . 3 tests positifs au CCB,
- . 1 test positif à l'épidermophyton,
- . 2 tests positifs à l'ACTH .

La désensibilisation a été tentée dans 7 cas, dont 4 à la poussière de maison, mais s'est soldée par un échec .

5.- La corticodépendance a été retrouvée chez 10 de ces malades . 9 reçurent le traitement par le dialysat sous corticothérapie à dose rapidement dégressive .

6.- Le traitement par le dialysat des crachats a consisté en trente injections aux dilutions suivantes :

- . 1/500° pour 6 malades,
- . 1/200° pour 10 malades,
- 1/100° pour un malade .

b.- LES RESULTATS EUX-MEMES :

ont été positifs et l'amélioration a porté sur deux plans :

- 1.- espacement notable des crises ,
- 2.- réduction de plus de moitié de la corticothérapie avec passage aux corticoïdes de façon discontinue dans 3 cas .

QUELQUES OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 34

Mademoiselle B ...

est âgée de 66 ans . Son asthme remonte à cinq ans et est intriqué à une bronchite chronique . Cependant, la composante asthmatique est prédominante . La dyspnée tend maintenant à devenir continue . L'influence des facteurs climatiques est nette .

L'exploration fonctionnelle a montré :

- un VEMS à 1110, soit 65 % de sa valeur théorique ,
- le TIFFENEAU est à 56.9 % .

Il existe un créneau .

Enfin, la récupération sous aleudrine est de 12 % .

La malade est devenue corticodépendante avec 4 comprimés de kénacort par jour .

Nous avons alors institué la thérapeutique par le dialysat B de ses crachats . Le test cutané a été positif (++) et la dilution choisie a été au 1/200° .

Avant la fin de la cure, le kénacort a pu être réduit de 4 à 1 comprimé et l'amélioration clinique, qui s'est d'ailleurs maintenue deux ans, a été évaluée à 70 % .

O B S E R V A T I O N N° 3 4

Madame V

Cette observation est celle d'une femme de 60 ans, présentant un asthme depuis trois ans . La première crise était survenue après une bronchite hivernale et depuis les crises se sont répétées, devenues quotidiennes .

Le bilan fonctionnel est très mauvais, avec VEMS à 900 et TIFFENEAU à 49 % .

Tout se complique du fait d'une allergie à l'ACTH, mais surtout sa corticodépendance est absolue et à l'origine de complications sévères : diabète stéroïde, abcès multiples de la fesse aux points d'injection, enfin abcès du poumon .

Devant ces complications, nous nous sommes vus dans l'obligation de tenter un sevrage cortisonique alors même qu'elle était en état de mal .

Le dialysat B a été tenté . L'intradermoréaction en était faiblement positive .

L'intensité de la dyspnée n'a jamais permis, même sous cortisone, des tests d'inhalation .

La dilution choisie était au 1/200° et la thérapeutique a été commencée alors que la malade conservait 15 mg de deltacortisone et 100 mg d'hémisuccinate d'hydrocortisone lyophilisée .

Les corticoïdes ont été poursuivis à cette dose jusqu'à la onzième injection . Ils ont été diminués de façon dégressive jusqu'à la suppression totale .

Ses abcès ont guéri et le diabète s'est amendé :

- Glycosurie 0
- Glycémie 1,50 gr. avec un seul glucidoral
au lieu de 3 .

Quant aux crises d'asthme, elles ont cessé complètement pendant plus de deux mois, et elles sont réapparues très discrètes à intervalles très éloignés .

O B S E R V A T I O N N° 4 9

Madame C

Il s'agit d'une malade de 34 ans présentant un asthme pur depuis de nombreuses années .

Le bilan fonctionnel a montré :

- un VEMS à 1290, soit 73 % de la valeur théorique ;
- le TIFFENEAU était à 53 % et la récupération sous aleudrine de plus 30,2 % .

Corticodépendante, cette malade présentait un état d'imprégnation cortisonique très poussé qui nous a incité à lui appliquer le traitement par le dialysat B de ses crachats .

Son test cutané a été faiblement positif et la dilution choisie a été au 1/100° .

Les trois premières injections ont été suivies d'une réaction syndromique avec toux et expectoration mais sans crise d'asthme vraie .

La corticothérapie a pu être rapidement diminuée de 12 à 2 mg de Triamcinolone .

Le faciès cortisonique a disparu, le sommeil est redevenu normal et les crises d'asthme ont cessé totalement .

4.- LES RÉSULTATS UTILES

sont ceux obtenus chez 10 malades dont l'amélioration clinique et la réduction de la corticothérapie ont été inférieures à 50 % .

a.- DANS LE CONTEXTE CLINIQUE, NOUS AVONS RETENU :

1.- L'existence d'antécédents familiaux

en particulier 5 hérédités
asthmatiques .

2.- Les antécédents personnels :

- Un eczéma,
- Un cas de rhinobronchites récidivantes ,
- Deux coryzas, dont un associé à des oedèmes
de QUINCKE .

3.- Le type de ces asthmes

est pur dans deux cas .

Pour les 8 autres, il s'agit d'asthme intriqué ;
4 d'entre eux sont à dyspnée continue et 2 ont présenté des états
de mal .

4.- L'ancienneté a pu être précisée 8 fois

- 3 fois elle est inférieure à 10 ans ;
- 4 fois, elle se situe entre 10 et 20 ans ;
- 1 fois, elle est supérieure à 40 ans .

5.- Le bilan clinique objective l'intervention d'un
facteur professionnel dans un cas .

Le facteur climatique a été retrouvé dans un autre cas .

Les facteurs infectieux dans deux cas .

Et les facteurs psychiques dans trois cas .

6.- Le bilan allergologique

pratiqué dans six cas :

a été négatif pour un malade,

a montré 4 fois une sensibilisation à la poussière
de maison,

2 fois aux moisissures,

2 fois aux allergènes microbiens,

1 fois à la candidine,

à la laine,

au kapok .

Les 4 désensibilisations tentées aux poussières de maison n'ont pas apporté d'amélioration .

7.- La corticodépendance existait pour 8 malades .

Et 6 traitements par le dialysats ont été faits sous corticothérapie .

8.- Le type de traitement adopté :

Il a consisté en trente injections sous-cutanées aux dilutions suivantes :

. 1/500° pour 2 cas ,

. 1/200° pour 7 cas ,

. 1/60° pour 1 cas .

b.- LES RESULTATS EUX-MÊMES

Dans ce groupe, l'efficacité a été médiocre puisque chiffrée à moins de 50 % .

Deux malades (Observations 15 et 25) n'ont bénéficié que de deux mois d'amélioration .

Trois autres (Observations N° 7, 10 et 42) ont rechuté .

QUELQUES OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 7

Monsieur B

Il s'agit d'un homme de 58 ans qui présente depuis longtemps un asthme intriqué devenu à dyspnée continue .

Récemment, un eczéma des mains est apparu sans facteur professionnel reconnu .

Le bilan allergologique a montré une sensibilisation assez nette pour la poussière de maison au 1/50.000° mais la désensibilisation spécifique a été un échec .

Enfin, un passé gastrique chargé incitait à rompre un état de corticodépendance .

Et le traitement par la dialysat a été entrepris .
Le test cutané a été positif et la dilution a été de 1/200° .

Nous avons constaté la disparition de l'eczéma des mains à la 10ème injection .

A l'arrêt de la corticothérapie, le malade notait une amélioration de son état antérieur mais pas suffisante pour conserver le sevrage thérapeutique .

O B S E R V A T I O N N° 4 2

Mademoiselle B

Jeune fille de 25 ans, ayant un asthme depuis l'âge de 10 ans, elle présente, à son entrée dans le Service, un fond de dyspnée continue sur lequel se greffent des paroxysmes sévères .

De l'étude spirométrique, il faut retenir :

- Un VEMS à 1280, soit 56 % de sa valeur théorique, associé à un déficit important de la capacité vitale de sorte que
- le TIFFENEAU est à 78 % . Le test à l'aleudrine est très fortement positif avec gain de 32 % sur le VEMS .

En crise, le VEMS tombe à 630 et l'épreuve à l'aleudrine est alors positive à 150 % . Il y a, par ailleurs, une augmentation du volume résiduel avec VR/CT = 37 % .

La malade a déjà subi un bilan allergologique où l'on avait retenu une allergie à la laine, au kapok et au CCB . Celle-ci est retrouvée, mais très faiblement positive dans le Service .

Tous ces troubles évoluent dans un contexte névrotique très marqué .

Toutes les thérapeutiques de l'asthme lui ont déjà été appliquées et il faut signaler tout particulièrement un échec de la désensibilisation spécifique, une corticodépendance absolue avec amélioration minime de l'état sous 30 mg de deltacortisone, une résistance à l'ACTH .

La malade a été traitée au dialysat B . Les tests cutanés n'ont été que très faiblement positifs . Quant aux tests d'inhalation, elle avait une extrême irritabilité bronchique et le sérum physiologique seul entraînait rapidement un déficit de 28 % sur le VEMS .

Elle a reçu 30 injections qui ont permis de réduire les doses de cortisone de moitié pour un état clinique inchangé .

B.- LES RESULTATS TARDIFS

Ils portent sur 40 observations revues six mois après la fin de la cure par le dialysat et suivies depuis .

Nous exprimerons nos résultats selon la durée de l'efficacité .

1.- SIX MOIS APRES :

40 malades ont été revus .

a.- Parmi eux, 16 malades ayant eu un résultat immédiat excellent ont été suivis .

L'un d'eux (Observation N°12) a rechuté au bout de six mois . La corticothérapie a été reprise aux mêmes doses .

Un autre (Observation N°1) a vu son état se détériorer et l'amélioration a été jugée inférieure à 50 % .

Les 14 autres bénéficiaient encore d'une ré - mission totale .

b.- Pour les 15 malades ayant eu un bon résultat immédiat dont le recul est d'au moins six mois et que nous avons pu revoir, l'amélioration s'est maintenue dans 14 cas .

Un seul malade a rechuté et son état a nécessité une seconde cure .

c.- Parmi 9 malades n'ayant qu'un résultat immédiat utile :

- 5 se sont aggravés ,

- 4 ont persisté dans la même amélioration .

2.- RECU L D'UN AN :

26 malades ont été revus .

a.- Parmi eux, 12 malades ayant eu un résultat immédiat excellent ont été suivis .

3 malades (Observations N°3, 18, 51) ont vu leur état fléchir les derniers mois et une nouvelle cure a été envisagée .

2 ont vu leur résultat passer d'excellent à bon .

Les 7 autres malades se maintiennent dans l'arrêt total des crises et des corticoïdes .

b.- Parmi les 11 bons résultats :

Un malade rechute au bout de 8 mois (Observation N°28) .

Un autre au bout de 9 mois (Observation N°19).

Trois autres fléchissent en fin d'année (Observ.N°34, 48, 55).

Les 6 autres bénéficient d'une amélioration stable .

c.- Parmi les 3 résultats utiles, il n'y a pas eu de rechute .

3.- RECU L DE DEUX ANS :

16 malades sont revus avec un recul de deux ans .

a.- Parmi les 8 malades ayant eu un résultat excellent :

- 2 rechutent (Observations N°4 et 39) ,

- L'un voit une légère aggravation,

- Les 5 autres bénéficient toujours d'une rémission totale .

b.- Parmi les 6 malades ayant eu un bon résultat :

Un seul se maintient,

Les cinq autres présentent à nouveau des crises plus ou moins espacées et trois feront l'objet d'une nouvelle cure .

4.- RECU DE TROIS ANS

Six malades entrent dans ce cadre .

a.- Parmi les cinq malades ayant eu un résultat excellent au début :

L'un d'eux rechute,

Un autre va moins bien, (Observation N°40) et fait l'objet d'une nouvelle cure .

Et pour les trois autres (Observations N°6, 37, 38), la rémission est encore totale au bout de ces trois années qui constituent notre recul le plus lointain .

b.- Un malade ayant eu un bon résultat rechute .

Nous exprimons dans le tableau N°4 les résultats obtenus .

TABEAU N° 4

R E S U L T A T S

O B T E N U S

N°	Résultats immédiats	A 6 mois	A 1 an	A 2 ans	A 3 ans
1	T.B.	A.B.			
2	Echec				
3	T.B.	T.B.	2ème cure		
4	T.B.	T.B.	B	Rechute	
5	Echec				
	Broncho-emphysème				
6	T.B.	T.B.	T.B.	T.B.	T.B.
7	utile	a rechuté			
8	Echec				
9	B	B	B		
10	utile	perdu de vue			
11	Echec				
12	T.B.	rechute			
13	Echec				
	Broncho-emphysème				
14	T.B.	T.B.	T.B.	T.B.	
15	utile	rechute			
16	Echec				
17	utile	utile			
18	T.B.	T.B.	2ème cure		
19	B	B	2ème cure		
20	B	B			
21	T.B.	T.B.	T.B.	B	
22	B	B			
23	T.B.	T.B.			
24	T.B.	T.B.			
25	utile	a rechuté			
26	utile	A.B.	A.B.	perdu de vue	
27	utile	A.B.	A.B.	2ème cure	
28	B	B	2ème cure		
29	utile	A.B.	A.B.	A.B.	

T A B L E A U N° 4 (suite)

RESULTATS OBTENUS

N°	Résultats immédiats	à 6 mois	à 1 an	à 2 ans	à 3 ans
30	Echec				
31	B	B	B	AB	2° cure en cours
32	B	a rechuté	2ème cure		
33	Echec				
34	B	B	2ème cure		
35	T.B.	perdue de vue			
36	T.B.	perdue de vue			
37	T.B.	T.B.	T.B.	T.B.	T.B.
38	T.B.	T.B.	T.B.	T.B.	T.B.
39	T.B.	T.B.	B	rechute	
40	T.B.	T.B.	T.B.	T.B.	2ème cure
41	Echec. Broncho- emphysème				
42	utile	a rechuté			
43	B	B	B	2° cure	
44	B	B	B	2° cure	
45	B	B	B	B	
46	T.B.	perdue de vue			
47	B	perdue de vue			
48	B	B	2ème cure		
49	B				
50	B	B	B	2° cure	
51	T.B.	T.B.	2ème cure		
52	B	B			
53	utile	rechute			
54	T.B.	T.B.	T.B.		
55	B	B	A.B.	A.B.	

C.- RESULTATS POUR LES CURES RENOUVELEES

Comme nous venons de le voir, des résultats plus ou moins durables ont été obtenus à la première cure . Nous avons pensé ensuite à renouveler celle-ci .

17 traitements ont été repris avec un dialysat B préparé à partir de l'expectoration actuelle des malades en crise .

7 malades en cours de traitement semblent de nouveau améliorés .

Pour les 10 autres, les résultats sont les suivants :

- Dans un cas, la première et la seconde cure ont donné des résultats excellents ;
- Dans un cas, la deuxième cure n'a apporté qu'une amélioration utile ;
- Dans cinq cas, la deuxième cure a de nouveau donné de bons résultats et pour un autre le résultat a été utile seulement ;
- Dans deux cas, la première et la seconde cure ont donné des résultats utiles .
- Pour une malade (Observation N°28), la deuxième cure a donné un an d'amélioration, elle reçoit actuellement une troisième série d'injections .

Le tableau N° 5 résume ces résultats .

T A B L E A U N° 5

N°	Date 1° cure	ID	Dilution	Résultat	Durée	Date 2° cure	ID	Dilution	Résultat
3	5/66	+	1/500°	T.B.	2 ans	1/67	+	1/200	A.B.
4	6/66	+++	1/500°	T.B.	2 ans	10/68	+	1/200	en cours
18	10/67	+	1/200°	T.B.	2 ans	10/68	+++	1/200	en cours
25	6/68	+	1/200°	A.B.	2 mois	12/68	+	1/20°	en cours
27	2/66	+++	1/500°	A.B.	1 an	5/67	+	1/200°	A.B.
28	2/67	++	1/200°	B.	8 mois	10/67	+	1/200°	B.
31	10/66	++	1/200°	B.	2 ans	11/68	++	1/50°	en cours
32	12/66	++	1/200°	B.	4 mois	4/68	++	1/200°	A.B.
34	5/67	+	1/200°	B.	1 an	4/68	++	1/200°	A.B.
40	3/66	+++	1/200°	T.B.	2 ans	8/68	+	1/100°	T.B.
43	5/66	++	1/500°	B.	2 ans	12/68			en cours
44	3/66	+	1/200°	B.	2 ans	1/68	++	1/200°	B.
48	5/67	++++	1/500°	B.	1 an	6/68	++	1/200°	B.
50	9/66	+++	1/500°	B.	1 an	11/67	+	1/100°	B.
51	9/67	+++	1/500°	T.B.	1 an	10/68	+++	1/500°	en cours
53	5/67	+	1/200°	A.B.	6 mois	6/68	+	1/100°	A.B.

III.- INTERPRETATION DES RESULTATS

Nous envisagerons nos résultats sous plusieurs angles :

Selon le type d'asthme d'abord,

Puis selon l'âge du malade,

l'ancienneté de l'asthme,

le passé thérapeutique,

l'intensité de la réponse cutanée
à l'intradermoréaction .

A.- SELON LE TYPE D'ASTHME

Parmi nos 52 malades présentant un asthme authentique, nous avons relevé :

1.- 21 cas d'ASTHME PUR .

L'étude des résultats du traitement par le dialysat a montré :

a.- Des résultats excellents et bons dans 16 cas, soit 7 résultats excellents et 9 bons résultats . Ce qui fait un pourcentage de 76 % pour ce groupe .

b.- 3 résultats ont été jugés utiles .

c.- 2 résultats nuls ont été constatés..

Il semble intéressant de souligner que les deux tiers de ces malades avaient un asthme ancien et qu'une cortico-dépendance existait dans la même proportion .

2.- 31 cas ETAIENT DES ASTHMES INTRIQUES,

dont les résultats se décomposaient ainsi :

a.- Résultats excellents et bons : 19 cas soit 61 % .

parmi lesquels :

- 10 étaient des résultats excellents,
- 9 étaient de bons résultats .

b.- 8 résultats utiles,

c.- 4 échecs totaux ont été constatés .

Mais il s'agit pour 27 de ces 31 malades, soit 87 % d'entre eux, d'asthmes anciens et fixés . De nombreuses thérapeutiques leur ont été appliquées et en particulier, nous avons relevé 19 corticodépendances, soit 75,5 % . Il semble donc que les résultats en général aient été bons eu égard au genre de malades auxquels s'adressait le traitement .

B.- SELON L' AGE DU MALADE

Tous, nous l'avons vu, étaient des adultes .

1.- PARMI NOS 20 MALADES AGES DE MOINS DE 40 ANS :

a.- 15 excellents et bons résultats ont été recensés,
soit 75 %

Pour 10 d'entre eux, le résultat était excellent

Pour les 5 autres, il était bon .

b.- 4 résultats furent utiles .

c.- Enfin, un résultat a été jugé nul .

RESULTATS OBTENUS DANS LES ASTHMES PURS

N°	Ancienneté	Cortico dépen- dance	Bilan allergolo- gique	Désensi- bilisation	Dilution	R é s u l t a t	
						immédiats	en 1 an
1	6 mois	oui	CCB +	NF	1/200°	A.B.	+++++
3	35 ans	oui	Poly	NF	1/500°	T.B.	rechute
8	10 ans	oui	NF		1/200°	échec	
14	1 an	non	Poly	NF	1/100°	T.B.	T.B.
15	14 ans	oui	Poly	échec	1/200°	A.B.	rechute
17	récent	non		échec	1/100°	A.B.	++++
18	7 ans	oui	Poly	NF	1/100°	T.B.	rechute
19	7 ans	oui	Poly	NF	1/200°	T.B.	rechute
22	récent	oui	PM+champ	NF	1/200°	B.	++++
23	2 ans	non		échec	1/200°	T.B.	++++
30	6 mois	oui	Poly	NF	1/200°	échec	
34	3 ans	oui	ACTH ++	NF	1/200°	B.	rechute
38	40 ans	non	PM.CCB+	échec	1/500°	T.B.	T.B.
39	19 ans	non	PM ++	échec	1/60°	T.B.	B.
44	21 ans	oui	ACTH+	NF	1/200°	B.	B.
45	37 ans	non	Poly	NF	1/500°	B.	B.
48	8 ans	oui	PM +	échec	1/500°	B.	rechute
49	ancien	oui	NF		1/500°	B.	rechute
50	récent	oui		NF	1/500°	B.	B.
52	2 ans	oui	PM +	NF	1/500°	B.	++++
54	1 an	non	Poly	NF	1/200°	T.B.	T.B.

T A B L E A U N° 7

RESULTATS OBTENUS DANS LES ASTHMES INTRIKUES

Nous avons adopté les abréviations suivantes :

PM : poussières de maison

PL : plumes

Pol: pollens

Moi: moisissures

Mi : microbes

Poly : polysensibilisation

Para : Groupe para

N°	Ancienneté	Cortico- dépendance	Bilan allergo- logique	Désen- sibili- sation	Dilution	R é s u l t a t	
						immédiats	un an
2	46 ans	oui	PM-Pl-CCB	échec	1/500°	échec	
4	8 ans	oui	PL-CCB-PM	NF	1/500°	TB	B
6	3 mois	non	PM-Mi-para	NF	1/500°	TB	TB
7	ancien	oui		échec	1/200°	AB	rechute
9	4 mois	non	NF	NF	1/500°	B	B
10	4 ans	oui		NF	1/100°	AB	?
11	4 ans	non	PM-CCB-trichlo	échec	1/500°	échec	
12	1 an	oui	PM++ PL+	échec	1/200°	TB	rechute
16	5 ans	oui	Pl-POL	échec	1/200°	échec	
20	35 ans	oui	PM-Pol	NF	1/200°	B	
21	8 ans	oui	PM	échec	1/200°	TB	TB
24	13 ans	oui	CCB +	NF	1/200°	B	
25	5 ans	oui	négatif	-	1/200°	AB	rechute
26	5 ans	non	PM.Moi++	NF	1/200°	AB	AB
27	12 ans	oui	PM++Moi+	échec	1/500°	AB	AB
28	2 ans	non	PM.CCB +	NF	1/200°	B	rechute
29	40 ans	non	PM.Moi+	échec	1/200°	AB	AB

T A B L E A U N° 7 (suite)

Nous avons adopté les abréviations suivantes :

PM : poussières de maison

PL : plumes

Pol : pollens

Moi : moisissures

Mi : microbes

Poly : polysensibilisation

Para : groupe para

N°	Ancienneté	Cortico- dépendance	Bilan allergo- logique	Désen- sibili- sation	Dilution	R é s u l t a t	
						immédiat	un an
31	5 ans	oui	CCB +	NF	1/200°	B	B
32	40 ans	non	PM +	NF	1/200°	B	rechute
33	6 ans	non	PM.CCB +	NF	1/200°	Echec	
35	5 ans	oui	ACTH poly	NF	1/200°	TB	?
36	4 ans	oui	PM ⁺ PL Moi	NF	1/100°	TB	?
37	6 ans	oui	Poly	NF	1/100°	TB	TB
40	30 ans	non	Poly	NF	1/200°	TB	TB
42	15 ans	oui	Laine CCB	échec	1/60°	AB	rechute
43	30 ans	oui	CCB +	NF	1/500°	B	B
46	15 ans	non	PM+++Poly	NF	1/200°	TB	?
47	20 ans	non	Négatif	-	1/200°	B	?
51	ancien	oui	-	-	1/200°	TB	rechute
53	10 ans	oui	-	NF	1/200°	AB	rechute
55	17 ans	non	PM - CCB	échec	1/200°	B	AB

2.- 32 MALADES ETAIENT AGES DE PLUS DE 40 ANS

a.- Pour 22 d'entre eux les résultats ont été excellents
ou bons, soit 68 % .

Pour 13, ils ont été excellents, et

Pour 9, ils ont été bons .

b.- 4 résultats ont été utiles

c.- 6 échecs ont été constatés .

Les résultats semblent donc légèrement supérieurs
chez l'adulte avant 40 ans .

C.- SELON L'ANCIENNETE DE L'ASTHME

Nous avons distingué les asthmes récents et les
asthmes anciens .

1.- LES ASTHMES RECENTS, datant de moins de deux ans, sont
au nombre de 9 .

a.- Les résultats ont été bons et excellents pour 7
malades, soit 77 % d'entre eux .

b.- Le traitement a été utile dans un cas .

c.- Un échec total a été constaté .

2.- LES ASTHMES ANCIENS sont les plus nombreux puisque 43
malades entrent dans ce groupe .

a.- Les résultats ont été excellents et bons pour 29
d'entre eux, soit 67 %

b.- Ils ont été utiles pour 9 autres .

c.- Enfin, ils ont été nuls chez les 5 autres ,

D.- SELON LE PASSE DE LA THERAPEUTIQUE

Nous envisagerons ici le problème en fonction de la corticodépendance d'une part et des essais de désensibilisation d'autre part, en soulignant que ces malades ont été choisis pour le traitement par le dialysat en raison même de la gravité de leur cas et de leur lourd passé thérapeutique .

1.- LA CORTICODEPENDANCE -

33 malades sur 52 étaient corticodépendants,
soit environ 63 % .

a.- Chez 10 malades, le sevrage cortisonique total
a pu être obtenu soit dans 31 % des cas : ce sont les résultats excellents .

b.- Chez 12 malades, la diminution des doses de corticoïdes a pu être obtenue de façon significative soit de plus de 50 % . Le pourcentage de ces bons résultats s'est élevé à 36 % .

soit un total de 67 % pour les résultats excellents
et bons .

c.- Chez 7 malades, les corticoïdes n'ont pu être diminués que de moins de 50 %, l'amélioration persistant, soit un pourcentage de 21 % de résultats utiles .

d.- Chez 4 malades enfin, le traitement cortisonique
a du être poursuivi comme auparavant, soit dans 12 % des cas .

Ces faits illustrent bien la gravité des asthmes qui ont été soumis au dialysat puisque les deux tiers d'entre eux étaient corticodépendants et la qualité du résultat obtenu puisque dans un tiers des cas, la cortisone a pu être arrêtée définitivement, tandis que, dans un autre tiers, elle pouvait être réduite au moins de moitié .

Le dialysat a donc pu améliorer ou transformer la condition de 67 % des malades corticodépendants .

Les résultats sont d'autant plus appréciables que, dans de nombreux cas, la survenue de complications d'une corticothérapie au long cours rendait la situation angoissante .

2.- LA DESENSIBILISATION SPECIFIQUE

18 malades représentaient un échec de la désensibilisation spécifique .

Chez ceux-là, nous avons obtenu des résultats suivants par le dialysat :

- excellents et bons : 9 cas, soit 50 %
- utiles : 6 cas,
- nuls : 3 cas .

E.- SELON L'INTENSITE DE LA REPONSE

A L'INTRADERMO - REACTION

Nous nous bornerons à l'étude de la réponse à l'intradermo, le nombre de tests d'inhalation étant insuffisant pour tirer des arguments valables .

1.- 24 REACTIONS ONT ETE FAIBLEMENT POSITIVES :

a.- Les résultats immédiats chez ces malades ont été les suivants :

- 11 excellents et 5 bons résultats,
- 5 résultats utiles.

Le total de ces résultats représente 88 % de ces cas.

Enfin, il y a eu 3 échecs totaux .

b.- Avec un an de recul, 14 cas demeuraient en observation . Les résultats étaient encore excellents et bons pour cinq malades, utiles pour 4 autres, ce qui représente 65 % de ces cas .

Les cinq malades restant ont rechuté .

2.- 28 REACTIONS ONT ETE FORTEMENT POSITIVES

a.- Les résultats immédiats

se décomposent ainsi :

7 excellents et 13 bons résultats,

5 utiles,

totalisant un pourcentage de 90 %
avec seulement 3 échecs totaux .

b.- Au bout d'un an, sur les 19 cas suivis :

4 avaient encore un excellent résultat et
6 un bon résultat .

5 autres avaient un résultat utile .

Ces 15 malades représentaient un pourcentage
de 79 % .

Les 4 autres malades avaient présenté une rechute
en cours d'année .

Il ressort donc que, si le pourcentage des résultats immédiats positifs est identique, quel que soit le type de réponse au test intradermique, au bout d'un an, il est meilleur chez les malades ayant présenté une réaction fortement positive à ce test (++) .

RESULTATS EN FONCTION DE LA REPONSE AUX TESTS I D

et d'INHALATION

N°	I D	I N H A L A T I O N		R E S U L T A T S	
		Sérum Physiologique	Dialysat	immédiats	un an
5	-				
5	-	- 10	- 6	échec cas	frontière
6	+++	- 53	- 50 crise	T.B.	T.B.
8	++	0	- 12	échec	échec
9	+++	- 9	- 4	B	B
12	+	0	0	T.B.	rechute
27	+++	0	- 20	A.B.	A.B.
36	-	0	0	T.B.	perdue de vue
37	++	- 6	- 14	T.B.	T.B.
38	+++	0	- 14	T.B.	T.B.
39	+	- 4	- 29	T.B.	B
40	+++	- 4	- 33 crise	T.B.	B
41	+	0	- 22	échec cas	frontière
42	+	- 28	- 22	A.B.	rechute
44	+	0	- 16	B	B

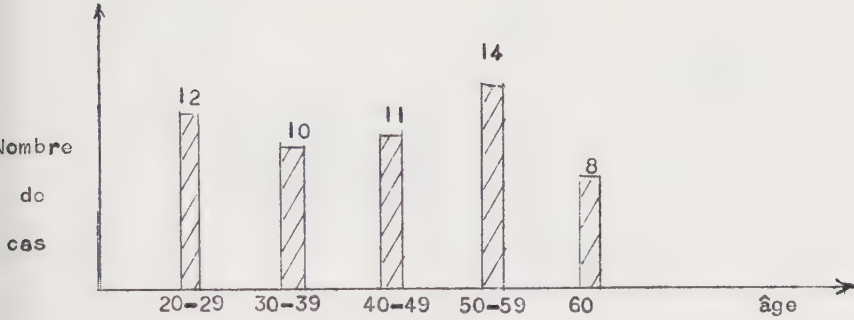
T A B L E A U N° 9

CHOIX DES MALADES

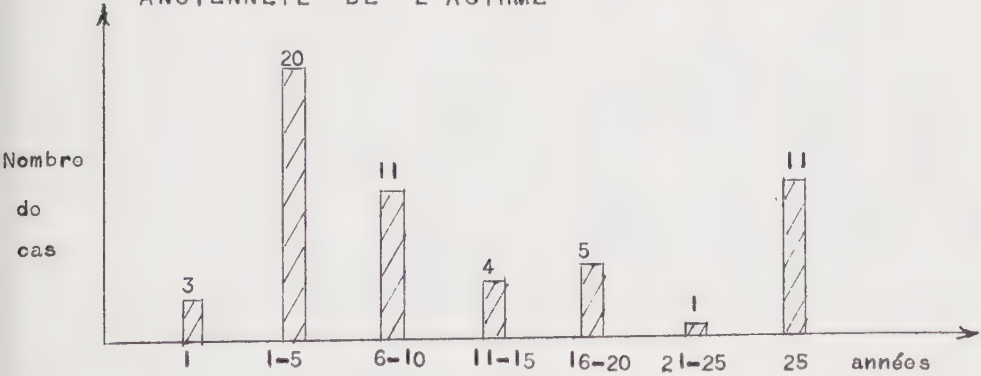
55 OBSERVATIONS : 24 Hommes

31 Femmes

AGE DU MALADE



ANCIENNETÉ DE L'ASTHME



TYPE D'ASTHME

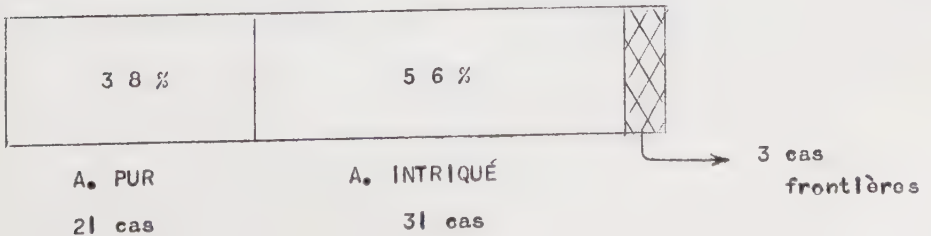
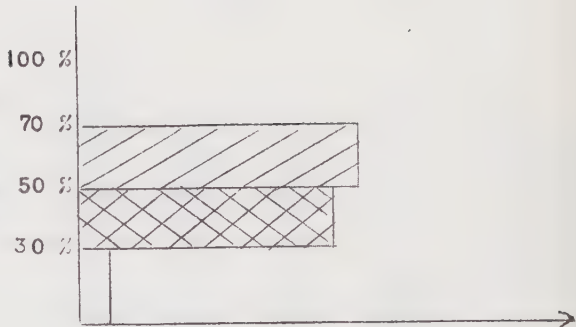


TABLEAU N° 10

I.- BILAN FONCTIONNEL :
40 OBSERVATIONS

VEMS en % de la valeur théorique
CV



II.- BILAN ALLERGOGIQUE :
46 OBSERVATIONS

BILAN NEGATIF



ALLERGIE à PM $\pm$ 2 ALLERGENES

27

ALLERGIE PROFESSIONNELLE

2

POLYSENSIBILISATION

14

III.- PASSE THERAPEUTIQUE :

A.- DÉSENSIBILISATION SPÉCIFIQUE ANTÉRIEURE : 23 CAS / 46

B.- CORTICODÉPENDANCE : 33 CAS / 52

TESTS AU DIALYSAT

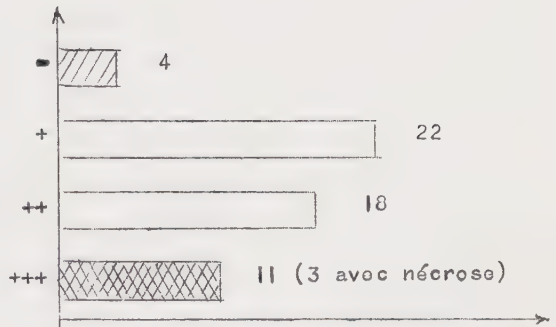
TESTS DIRECTS :

- CUTANÉS

• ID + DANS 51 CAS / 55

• RÉACTION DE TYPE

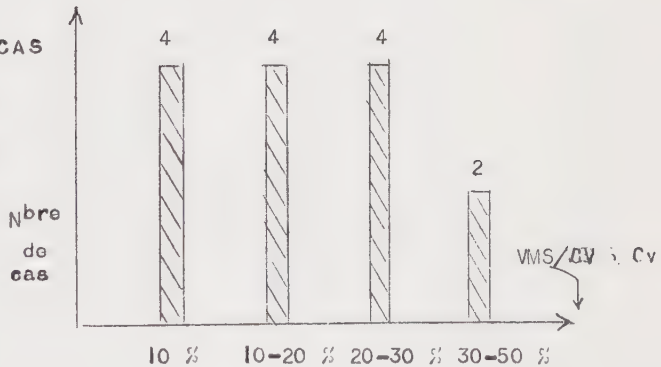
IMMÉDIAT



- D'INHALATION : 14 CAS

• DÉFICIT 20 % : 6/14

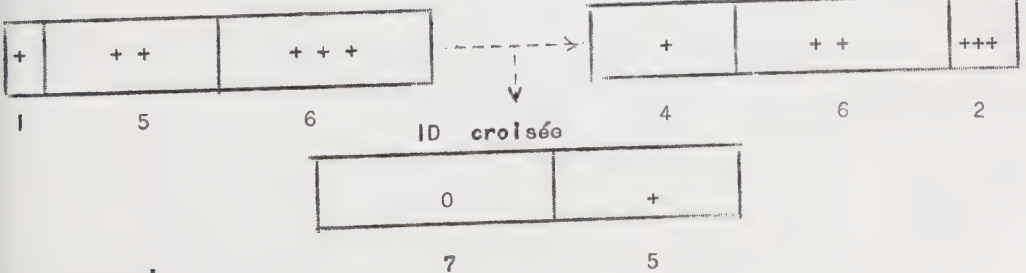
• CRISE D'ASTHME : 2 cas



TESTS CROISÉS : 12 CAS

Donneur

Receveur



APRES 40 ANS : 32 cas

22 cas		4 cas	6 cas
EXCELLENTS et BONS		UTILES	NULS

III.- SELON L'ANCIENNETÉ DE L'ASTHME : 52 cas

ASTHME RECENT (2 ans) : 9 cas

7 cas		1 cas	1 cas
EXCELLENTS et BONS		UTILE	NULS

78 %

ASTHME ANCIENS : 43 cas

29 cas		9 cas	5 cas
EXCELLENTS et BONS		UTILES	NULS

67 %

IV.- APRES ECHEC DE DESENSIBILISATION SPECIFIQUE : 18 cas

9 cas		6 cas	3 cas
EXCELLENTS et BONS		UTILES	NULS

50 %

V.- ASTHME CORTICODEPENDANTS : 33 cas

EXCELLENTS : sevrage total

BONS : sevrage 50 %

UTILES : sevrage 50 %

31 %

67 %

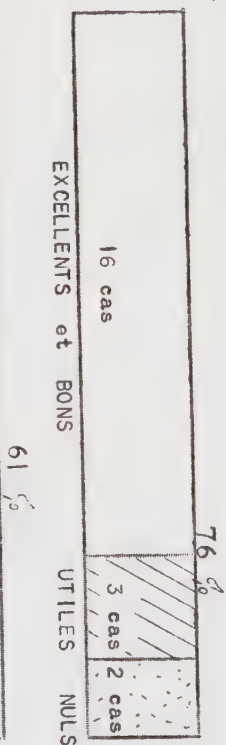
22 cas		7 cas	4 cas
EXCELLENTS et BONS		UTILES	NULS

TABLEAU N° 12

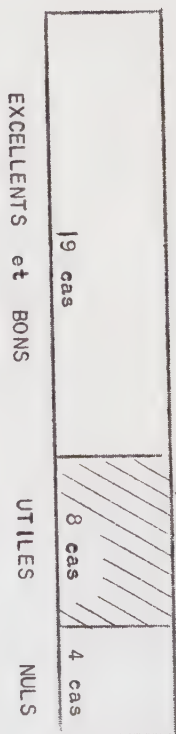
R E S U L T A T S

1.- SELON LE TYPE D'ASTHME : 52 cas

ASTHME PUR : 21 cas

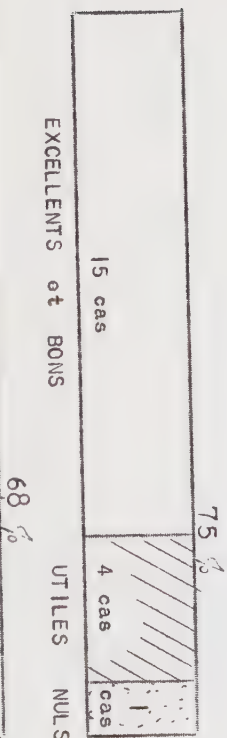


ASTHME MIXTE : 31 cas



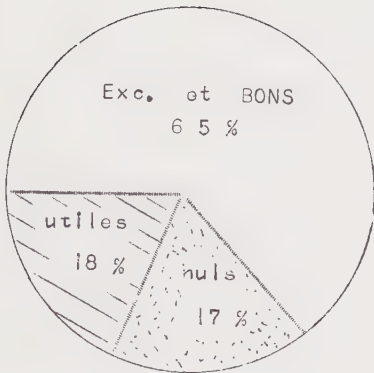
11.- SELON L'AGE : 52 cas

AVANT 40 ANS : 20 cas



68 %

RESULTATS GLOBAUX



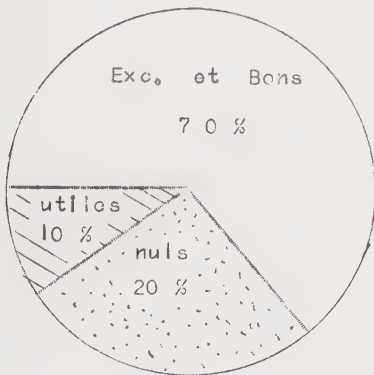
IMMEDIATS

55 CAS

Exc. et BONS : 36

utiles : 10

Nuls : 9



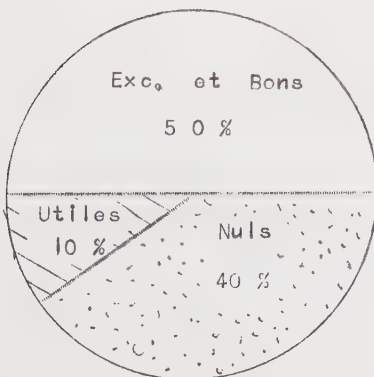
À SIX MOIS

40 CAS

Exc. et BONS : 28

utiles : 4

Nuls : 8



À UN AN

26 CAS

Exc. et BONS : 13

utiles : 3

Nuls : 10

CONCLUSIONS

1 - Il est possible d'utiliser dans un but thérapeutique le dialysat de l'expectoration d'un asthmatique prélevée en crise .

2 - L'activité est liée, a priori, à un groupe de micromolécules dialysables sans nocivité primaire, n'allergisant pas l'animal neuf et se comportant probablement comme un haptène.

3 - Nous n'avons traité que des adultes porteurs d'asthme grave . Nous rapportons 52 observations . L'asthme était pur dans 38 % des cas et intriqué dans 56 % . Il avait résisté aux méthodes classiques de désensibilisation quand elles avaient été pratiquées, comme c'était le cas pour 50 % des malades chez les - quels un bilan allergologique avait été réalisé. Une corticodépendance, élevée d'ailleurs, existait dans 63 % des cas .

4 - Les résultats les meilleurs s'observent :

- avant 40 ans,
- dans l'asthme pur (76 % des résultats excellents et bons contre 61 % dans l'asthme intriqué)
- dans l'asthme qui date de moins de 10 ans .

Mais :

- les asthmes corticodépendants ont réagi favorablement dans plus de 60 % des cas . Le sevrage total a été obtenu pour 30 % des malades et le sevrage partiel supérieur à 50 % de la dose habituelle a été réalisé dans 36 % des cas .

- les asthmatiques polysensibilisés qui posent un problème thérapeutique difficile nous ont semblé bénéficier de cette méthode dans la même proportion que les autres .

- l'échec d'une désensibilisation spécifique ne contre indique pas ce traitement, puisque celui-ci aboutit à des résultats excellents et bons dans 50 % des cas .

Et - une réaction à l'intradermo fortement positive laisse présager un meilleur résultat et surtout un résultat plus durable .

5 - Les échecs sont plus fréquents après 40 ans et dans les asthmes anciens .

6 - Les rechutes se produiraient plus électivement chez des malades ayant présenté une réaction à l'intradermo faiblement positive .

7 - Les rechutes survenues un ou deux ans après un premier traitement ont bénéficié d'une reprise thérapeutique .

VU et permis d'IMPRIMER :

Le DOYEN de la FACULTE
de MEDECINE de PARIS :

Le PRESIDENT de la THESE :

G. B R O U E T

R. W O L F R O M M

Le RECTEUR de l'ACADEMIE de PARIS :

J. R O C H E

BIBLIOGRAPHIE

I - THIERS H. OLLAGNIER C., VALLON C. et Coll.

Substance réactive dialysable et d'intérêt thérapeutique d'élimination bronchique au cours de la crise d'asthme .

LYON-Méd. 19 - 3 - 1967 ; 217 : 867 - 71 .

2 - THIERS H., OLLAGNIER C., VALLON C. et DIVRY P.

Substance réactive dialysable et d'intérêt thérapeutique d'élimination bronchique au cours de la crise d'asthme .

La Revue Lyonnaise de Médecine 15/1/1968; 17 - I ; 2
21 - 24.

3 - THIERS H., OLLAGNIER C., VALLON C. et DIVRY P.

Substance réactive dialysable d'élimination bronchique au cours de la crise d'asthme (Son intérêt thérapeutique).

Bulletin d'actualité thérapeutique, 3/68 : 37 ; 935-939.

4 - THIERS H., OLLAGNIER C., VALLON C., et DIVRY P.

Communication libre au 6^{ème} Congrès International
d'allergie de MONTREAL. 5/II/1967 (à paraître).

